第５号様式

**記載例**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和７年●月●日

　山口県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　●●市●●町●－●

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　医療法人〇〇会　△△医院　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　理事長　山 口 太 郎

令和６年度医療施設等設備整備費県費補助金の概算払請求書

　令和6年12月13日付け指令令６健康増進課第1125号で交付決定通知がありました補助金について、下記により金　9,350,000円を概算払によって交付されるよう請求します。

実績報告書に記載される（記載された）

精算額をご記載ください

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　交付決定額 | 　 既受領額 | 　今回請求額 | 　残　　　額 |
| 9,350,000円 |  0円 |  9,350,000円 |   0円 |

補助金の支払など事務手続について連絡しますので、事務手続（支払手続等）の担当者を記入してください。

補助金の支払など事務手続について連絡しますので、事務手続（支払手続等）の担当者を記入してください。

所　属　名：事務

担当者氏名：●●　●●

電話番号：000-000-0000

口座振替申出書

**記載例**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和７年●月●日

　山口県会計管理者　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申出者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒000-0000

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　●●市●●町●－●

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　医療法人〇〇会　△△医院　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　理事長　山 口 太 郎

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　000-000-0000

　令和６年度医療施設等設備整備費補助金については、下記金融機関の口座に振り込んでください。

交付申請者と口座名義人の表示が異なる場合、確認のためにご連絡させていただきます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 金 融 機 関 | 　　　　　　　銀　　行　　●　●　　信用金庫　　△　△　支店（所）　　　　　　　組　　合 |
| 預金の種類及び口座番号補助金の支払など事務手続について連絡しますので、事務手続（支払手続等）の担当者を記入してください。 | 　１　普通預金　２　当座預金　　　ＮＯ　３　別段預金 | １ | １ | １ | １ | １ | １ | １ |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| （フリガナ）口座名義人 | ｲﾘｮｳﾎｳｼﾞﾝ○○ｶｲ　△△ｲｲﾝ　ﾘｼﾞﾁｮｳ　ﾔﾏｸﾞﾁﾀﾛｳ医療法人○○会　△△医院　理事長　山口太郎 |

※預金の種類は該当の番号を○で囲んでください。

※口座名義人は口座設置金融機関へお尋ねの上、金融機関に電算登録してある　名称をカタカナでご記入願います。（本人名義に限る）

所　属　名：事務

担当者氏名：●●　●●

電話番号：000-000-0000